UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE de MEDECINE
Broussais - Hôtel - Dieu

1975 N°....249

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME d'ETAT

Par

Genevieve ZEITOUN née LEPVRIER

née le 3 Janvier 1951 à PLOUHA (Côtes du Nord)

Présentée et soutenue publiquement le :

INCIDENCE DE LA STRUCTURE DE LA PERSONNALITE DES OBESES SUR LA PERTE PONDERALE, OBTENUE DANS DES CONDITIONS STANDARDISEES.

Président : Monsieur Henri BOUR - Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548124_0025

UNIVERSITE PARIS VI

FACULTE de MEDECINE
Broussais - Hôtel - Dieu

1975 N°....

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME d'ETAT

Par

Genevieve ZEITOUN née LEPVRIER

née le 3 Janvier 1951 à PLOUHA (Côtes du Nord)

Présentée et soutenue publiquement le :

INCIDENCE DE LA STRUCTURE DE LA PERSONNALITE DES OBESES SUR LA PERTE PONDERALE, OBTENUE DANS DES CONDITIONS STANDARDISEES.

Président : Monsieur Henri BOUR - Professeur.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur **H. BOUR, Professeur**, qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse; qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le professeur agrégé **GUY-GRAND**,
qui nous a inspiré le sujet de cette thèse; son
enseignement et ses conseils bienveillants nous
ont été d'un soutien précieux.

A Monsieur le Docteur **WAYSFELD**,
qui m'a aidée tout au long de l'éla-
boration et de la rédaction de cette
thèse.

A Monsieur le Professeur CORMIER,

A Monsieur le Professeur BESANCON,

A Monsieur le Professeur DEROT,

A Monsieur le Professeur TCHOBROUSTY

A Monsieur le Professeur OLIVIER

A feu le Professeur COURY,

A Monsieur le Professeur DUBOST.

Au Docteur Nadia GWOZDZ,

A Michèle LE BARZIC.

PLAN

I - INTRODUCTION

II - HYPOTHESE DE TRAVAIL

III - MATERIEL et METHODE

1 - Constitution de l'échantillon

2 - Paramètres étudiés

1 - âge,

2 - importance du surpoids actuel et maximum,

3 - aspect de la courbe de poids,

4 - antécédents familiaux d'obésité,

5 - niveaux caloriques moyens

a) - niveau calorique antérieur à l'hospitalisation

b) - moyenne calorique journalière pendant l'hospitalisation

6 - nombre de jours d'hospitalisation

7 - pourcentage de poids perdu

8 - perte de poids en grammes par jour

9 - cellularité du tissus adipeux

10 - structure psychologique

11 - trou calorique - rapport des ingérés caloriques - pourcentage de poids perdu par jour

12 - âge de début de l'obésité - enfance - adolescence - âge adulte

13 - troubles du comportement alimentaire

14 -

a) - circonstances déclenchantes de l'obésité

b) - motivations à la perte pondérale

c) - nombre de tentatives thérapeutiques antérieures éventuelles.

V - RESULTATS

1 - Fréquence des différentes structures de notre échantillon

2 - Corrélation entre structures et paramètres

3 - Comparaison des différents paramètres des deux groupes étudiés

VI - DISCUSSION

VII - CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE.

I - INTRODUCTION

De nombreux travaux se sont intéressés à la structure psychologique des obèses : le résultat essentiel a été de mettre en évidence les différences psychopathologiques importantes selon l'âge de début de l'obésité.

En effet, particulièrement depuis l'étude fondamentale d'Hilde BRUCH (7), nous savons que la psychopathologie de l'enfant obèse est beaucoup plus riche que celle de l'adulte obèse. Pour cet auteur, l'importance des troubles psychologiques des enfants obèses est en rapport avec «une viciation profonde et quasi constante des rapports mère-enfant» : ces obèses, à début infantile, ne pourraient différencier la faim physiologique d'autres besoins ou d'autres affects ; ainsi, un besoin d'amour ou de réconfort, un sentiment de haine ou d'agressivité auraient pour conséquence univoque la **prise de nourriture.** C'est ce qu'Hilde BRUCH a magistralement décrit sous l'expression de «confusion des affects».

Dans le sens des idées d'Hilde BRUCH, un grand nombre de travaux émanant de médecins et de psychiâtres confirment chez l'obèse l'existence d'une mauvaise perception de l'état nutritionnel et métabolique interne (18, 19).

Par contre, les travaux émanant des psychosociologues (12, 14) ont mis l'accent sur la grande sensibilité de l'obèse aux stimuli externes en rapport avec la nourriture : aspect, palpabilité, ambiance, etc... Ainsi, pour ces auteurs, les obèses seraient susceptibles de consommer davantage que les normaux quand la nourriture est bonne et au contraire nettement moins quand elle est mauvaise.

Enfin, d'importants travaux ont été consacrés à la recherche d'une personnalité spécifique ou prédominante chez les obèses. Les résultats ont largement démontré l'absence d'une telle spécificité.

Cependant, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, a été réalisé en 1970, 1971, un important travail (5) démontrant que la personnalité psychosomatique, telle qu'elle a été décrite par l'Ecole Parisienne (6) était plus fréquemment rencontrée dans une population obèse que dans une population témoin. De plus, cette étude corrélait la structure psychologique des obèses étudiés à l'ingéré calorique et à l'hérédité. Menée chez 52 femmes obèses appariées par classes d'âge et par niveaux socio-culturels à un groupe de 50 témoins pris dans la population d'un grand magasin parisien, cette étude a permis de répondre aux questions suivantes :

- L'ingéré calorique des obèses est-il supérieur à celui des témoins ?

- Existe-t-il un type de personnalité spécifique ou nettement prédominant chez les obèses ?

- Quelles sont les variations de l'ingéré calorique en fonction de la personnalité ?

Les principaux résultats de ce travail sont exprimés dans les tableaux 1, 2 et 3; pages 7, 8 et 9.

Le tableau 1 compare l'ingéré calorique des femmes obèses et des femmes témoins. Les obèses ont un apport calorique journalier supérieur à celui des témoins (2 097 calories par 24 H contre 1828); les tableaux 2 et 3 montrent la moyenne des consommations caloriques journalières en fonction de la structure psychologique des obèses et des témoins; nous pouvons constater ici que les obèses classés sur le plan psychologique comme névrosées ont un apport calorique journalier supérieur à celui des obèses classées comme psychosomatiques (2 857 caloriques par 24 H contre 1927).

D'autres résultats intéressants qui ne sont pas exprimés ici sur des diagrammes méritent d'être rappelés :

- Les troubles du comportement alimentaire sont deux fois plus fréquents dans la population obèse que dans la population normale et sont essentiellement le fait des obèses de structure névrotique ou psychotique.

- Enfin, la fréquence des antécédents parentaux de l'obésité est plus élevée chez les obèses de structure psychosomatique que chez les obèses de structure névrotique.

Ainsi, à partir d'une classification de la structure de la personnalité répartie en 5 groupes,* des différences apparaissent :

1°) - Il existe pour la population obèse, proportionnellement moins de névrosées et plus de psychosomatiques que dans la population témoin.

2°) - Les résultats concernant l'ingéré calorique des différents groupes confirment l'existence d'un niveau relativement bas pour les psychosomatiques

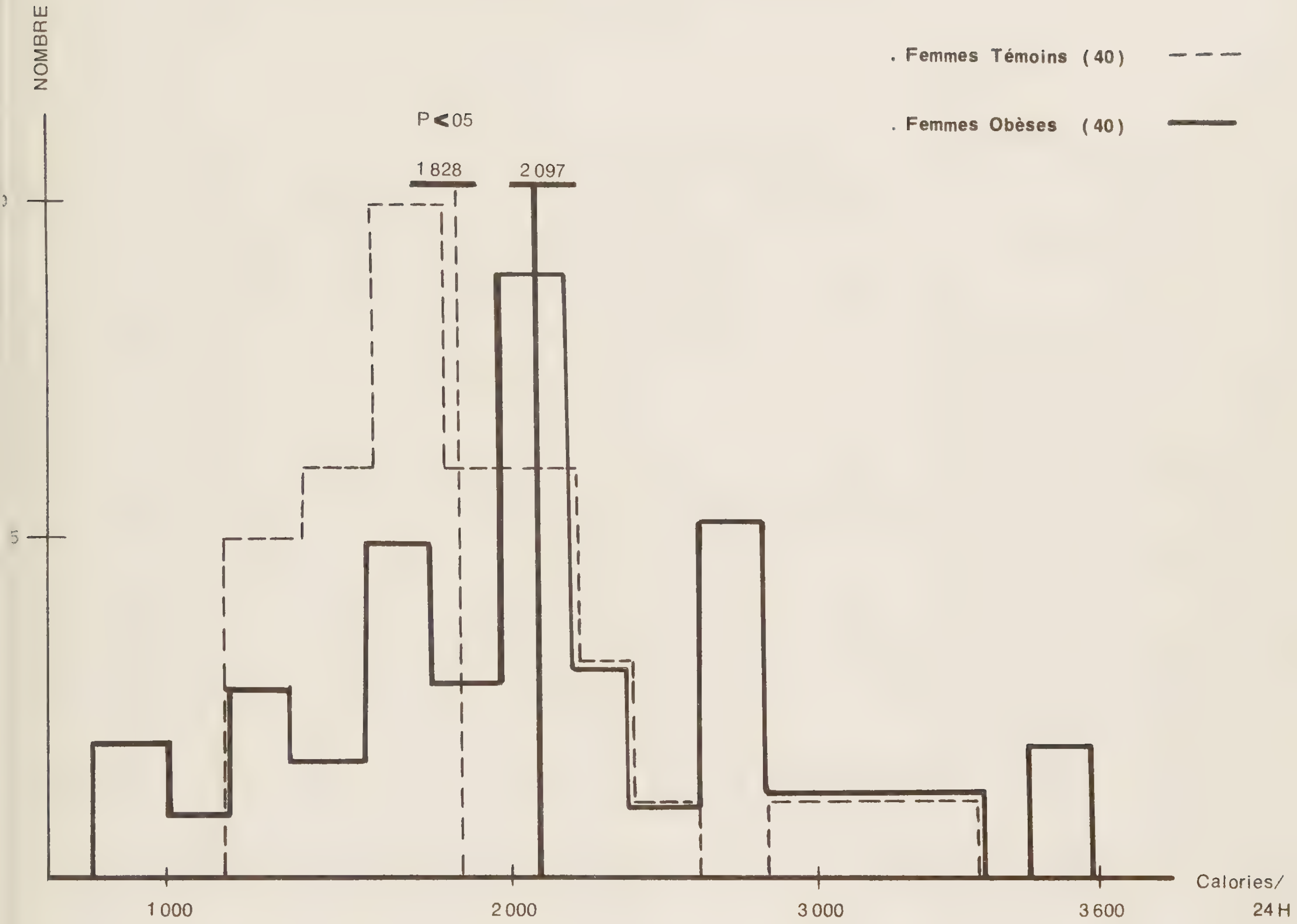
et au contraire, relativement élevé pour les névrosés. Il semble que cette différence soit liée essentiellement aux troubles du comportement alimentaire, prédominant chez les névrosées.

3°) - Si l'on considère l'incidence de l'hérédité au sein de ces différentes structures, on constate une nette prédominance de celle-ci parmi les psychosomatiques; ceci peut s'interpréter en raison d'une pénétrance héréditaire plus forte en corrélation avec de meilleurs rendements énergétiques. Au contraire, ceux dont la pathologie est la plus riche et chez lesquels les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents, présenteraient-ils un rendement énergétique inférieur compte tenu du niveau élevé de leurs ingestats et de l'incidence moindre de l'hérédité ?

Cette distinction entre d'une part, personnalités psychosomatiques, ingérés caloriques bas, hérédité forte et, d'autre part, névrosés, ingérés caloriques élevés, hérédité faible, s'est trouvée justifiée par une longue pratique clinique qui a permis de vérifier sa valeur opérationnelle.

Cependant, il n'était pas précisé dans ce travail (réalisé en 1970, 1971) le caractère statique, dynamique ou descendant de la courbe de poids des obèses au moment de l'étude et ceci peut constituer un élément d'importance.

* ***Cette classification des obèses et des témoins*** *en 5 groupes a été effectuée par la même psychologue à l'aide d'une batterie de tests projectifs;* ***les 5 groupes sont les suivants****: normaux, névrosés, psychosomatiques, troubles graves de la personnalité, névroses de caractère et du comportement, et répondent à la définition communément acceptée en psychologie-psychanalytique (10).*



REPARTITION DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES

TABLEAU N° 1

MOYENNES DES CONSOMMATIONS CALORIQUES
DANS LES DIFFERENTES CATEGORIES PSYCHOLOGIQUES

	TROUBLES GRAVES DE LA PERSONNALITE	TRAITS NEVROTIQUES DOMINANTS	TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT	PSYCHOSOMATIQUES	NORMAUX
OBESES	2 445	2 857	2 068	1 927	1 778
TEMOINS	1 925	1 753	2 062	1 662	1 685
P	$<$ 0,5	$<$ 0,0005	NS	NS	NS

TABLEAU N° 2

COMPARAISONS DES CONSOMMATIONS CALORIQUES MOYENNES DANS LES DIFFERENTES CATEGORIES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES OBESES ET LES TEMOINS

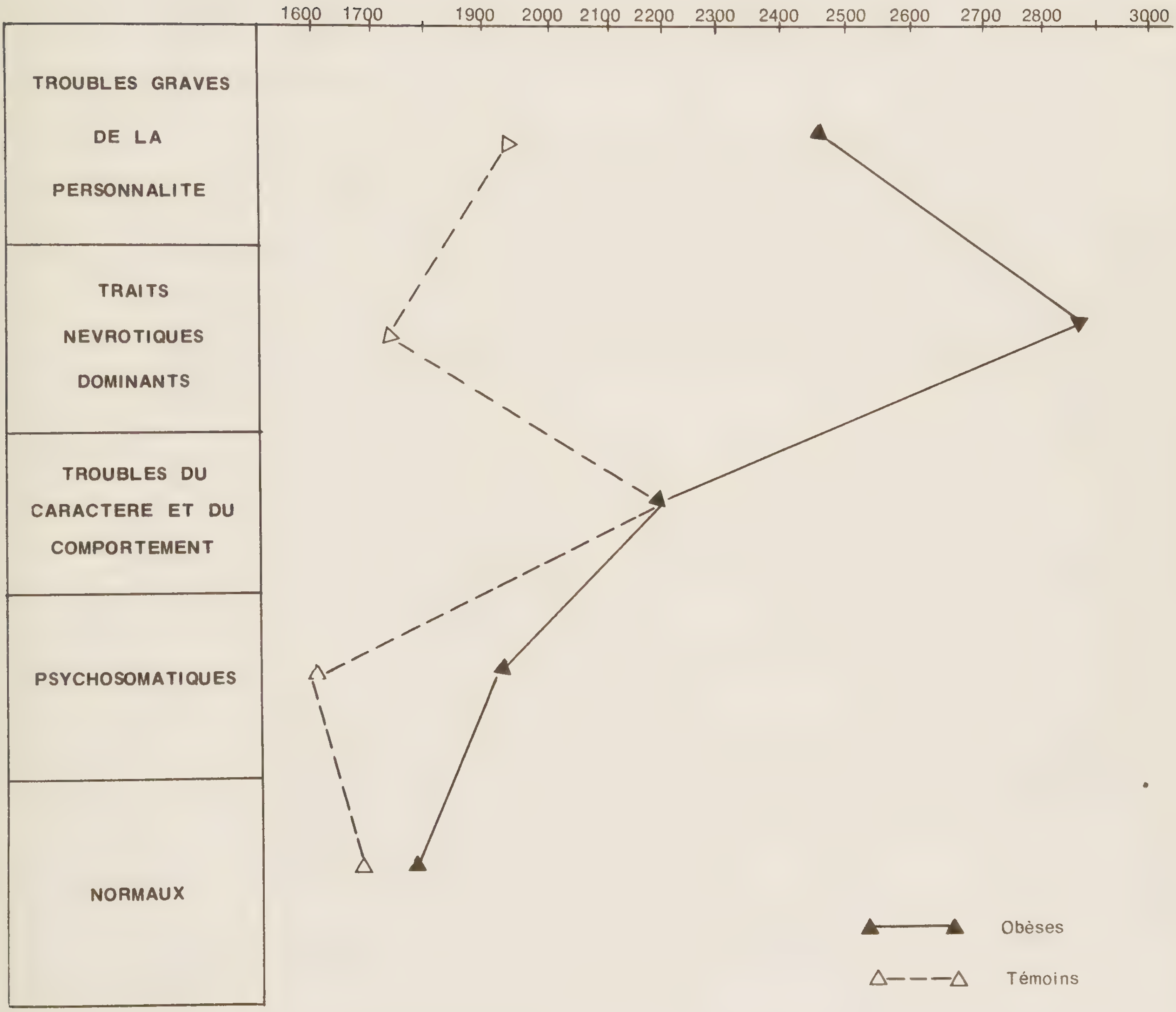


TABLEAU N° 3

II - HYPOTHESE DE TRAVAIL

L'étude actuelle peut être considérée comme un prolongement du travail mené à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu que nous venons de citer. Nous nous sommes en effet tout simplement demandés si ces différences d'ingérés caloriques constatées chez les obèses de structure différente pouvaient être rapportées à une différence de rendement énergétique ou si elles pouvaient être en rapport avec un autre facteur : trouble du comportement alimentaire; cellularité du tissu adipeux; âge; allure de la courbe de poids au moment de l'hospitalisation, voire nature de la demande psychologique etc...

Pour tester cette hypothèse, nous avons étudié attentivement 64 dossiers de femmes obèses hospitalisées à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu pour cure d'amaigrissement menée dans des conditions standardisées. Par conditions standardisées, nous entendons que les patients onthospitalisés pendant une durée proche de six semaines et que les régimes restrictifs imposés par paliers progressifs avaient pour but d'obtenir une perte de poids de l'ordre de 8 à 10 % du poids initial. Il faut également préciser que tous les patients pris en compte ont fait l'objet d'une observation détaillée précisant :

- l'histoire du «poids» ;
- l'allure de la courbe pondérale au moment de l'hospitalisation ;
- les différents régimes suivis ;
- les antécédents personnels ;
- les antécédents familiaux d'obésité ;

et en ce qui concerne les examens paracliniques :

- outre l'hyperglycémie provoquée, le calcul de la masse grasse et de la cellularité et le lipidogramme, les patients ont tous subi un examen psychologique avec passation de tests de niveau et de tests prospectifs permettant de définir de manière sûre la structure de la personnalité.

Dans ces conditions, il était possible de répondre aux trois propositions suivantes :

1°) Si une différence d'ingéré calorique existe entre obèses de structure psychosomatique et obèses de structure névrotique; elle doit logiquement pouvoir être retrouvée au niveau de l'échantillon considéré.

2°) Cette différence dans les régimes «antérieurs» à la cure devrait se répercuter sur le niveau de régime moyen des deux groupes pendant la cure, à condition toutefois que l'amaigrissement moyen des deux groupes soit comparable et que les autres paramètres constatés ne soient pas inégalement répartis (âge, poids, surpoids maximum, hérédité, etc...).

3°) Si par contre, les régimes moyens des deux groupes sont comparables, on peut logiquement s'attendre à découvrir une différence d'amaigrissement entre les obèses de structure névrotique et ceux de structure psychosomatique; ces derniers devraient en toute logique présenter un pourcentage d'amaigrissement inférieur si la proposition 1 se trouve vérifiée.

Nous étions conscients, en commençant ce travail, du caractère toujours discutable des chiffres utilisés, tant des enquêtes alimentaires portant sur la période précédant l'hospitalisation que ceux exprimant les régimes suivis pendant la cure hospitalière. Cependant, nous avons pensé que les erreurs jouaient également pour les deux groupes et qu'un travail véritablement scientifique ne pourrait jamais être accompli à partir de patients dont les activités musculaires pouvaient varier de manière importante. Aussi, avons-nous accepté le risque de ne pouvoir démontrer des différences mineures de résistance à l'amaigrissement qui peuvent correspondre à des différences de rendement énergétiques.

Enfin, nous pensions que même un résultat négatif concernant les propositions 2 et 3 nous amènerait à reconsidérer la différence d'ingéré calorique entre structure névrotique et structure psychosomatique, et qu'à la lumière d'un dossier particulièrement exhaustif, une explication ou tout au moins une nouvelle hypothèse pourrait être formulée.

III - MATERIEL ET METHODES

1 - CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Nous avons étudié dans ce travail l'ensemble des sujets de sexe féminin (population homogène quant au sexe) hospitalisés pour obèsité à la section métabolique de la clinique médicale de l'Hotel-Dieu de fin 1971 à fin 1974. Ces patientes ont été hospitalisées par groupe de quatre pour une durée de six semaines soit d'emblée, soit après une période de traitement en consultation.

Les indications du traitement en milieu hospitalier sont variables d'un patient à un autre; mais soit des motivations psychologiques, soit des impératifs somatiques réclamant un amaigrissement rapide sont pratiquement toujours retrouvés. Notre échantillon ne sera donc pas représentatif de la population totale d'obèses.

Durant le séjour hospitalier le but fixé est d'atteindre une perte de poids proche de 10% du poids initial; ce qui est obtenu par **une restriction calorique progressive** et adaptée à la courbe de poids. Les patients sont donc soumis à des régimes progressivement de plus en plus restrictifs. Chaque obèse hospitalisé est traité selon un schéma thérapeutique rigoureusement identique.

Les principales données **anamnestiques** sont notées à la première consultation (précédant habituellement l'hospitalisation) puis dans le service sur deux dossiers, l'un spécialisé, l'autre général.

L'enquête diététique est effectuée par une des diététiciennes du service et est contrôlée au début et en cours d'hospitalisation. A partir de cette enquête alimentaire, est déterminé le régime de départ de la cure qui est en général de 30% inférieur au régime immédiat antérieur sauf pour les obèses ayant déjà un faible ingéré calorique : dans ce cas, les modifications qui sont apportées au régime alimentaire restrictif pendant la cure modifient la répartition qualitative plus que les apports quantitatifs.

2 - PARAMETRES ETUDIES

A partir de chaque dossier de malades hospitalisés nous avons établi des fiches personnelles comportant les facteurs suivants :

1 - **âge**

2 - **importance du surpoids actuel et maximum** obtenu en calculant le poids idéal théorique:

qui nous est donné par la formule de Lorentz

pour les femmes $(T - 100) - \frac{(T - 150)}{2}$

pour les hommes $(T - 100) - \frac{(T - 150)}{4}$

Le critère d'obèsité retenu est un surpoids de plus de 20%.

Le surpoids maximum est calculé sur la base du poids maximum atteint par chaque patient; celui-ci peut être le poids actuel ou un poids antérieur à l'hospitalisation.

3 - **aspect de la courbe de poids.**

3 types de courbes pondérales peuvent être définies au moment de l'hospitalisation :

- courbe **dynamique** : le sujet prend du poids
- courbe **descendante** : le sujet perd du poids
- courbe **statique ou stable** : le poids du sujet est resté identique depuis au moins **trois mois.**

4 - **antécédents familiaux d'obèsité.** Les antécédents familiaux peuvent être :

- d'une part uni ou bilatéraux;
- et d'autre part : directs touchant un des deux parents;
- ou indirects, antécédents lointains ne comportant ni le père ni la mère.

5 - **niveaux caloriques** : ont été chiffrés le niveau calorique antérieur et la moyenne calorique journalière pendant l'hospitalisation.

a) - **niveau calorique antérieur** déterminé par une diététicienne lors de la première consultation externe, vérifié au début de la cure, et calculé à nouveau en cours d'hospitalisation par des contre-enquêtes. Par ces procédés nous pensons obtenir un niveau calorique relativement précis et fiable concernant la période qui précède l'hospitalisation.

b) - **la moyenne calorique journalière pendant l'hospitalisation** : tient compte du nombre de jours de cure en milieu hospitalier. Elle est obtenue en divisant le total des ingérés caloriques journalier pendant l'hospitalisation par le nombre de jours réels de cure. Sont notés également les régimes minimum et maximum en cours de cure.

Nous avons distingué deux protocoles de restriction progressive alimentaire :

- **le premier** avant 1972 comportait une restriction plus rapide et le niveau le plus bas était nettement inférieur à celui du protocole actuel. Les dossiers des obèses ayant suivi ce protocole ont été écartés pour une partie de ce travail mais seront utilisés pour la comparaison des paramètres indépendants de la valeur de la moyenne calorique et de la perte pondérale pendant l'hospitalisation; par exemple :
  - l'âge de début de l'obèsité
  - l'ingéré calorique antérieur
  - l'aspect de la courbe au moment de l'hospitalisation.
  - la structure psychologique

  Mais ce protocole sera donc écarté pour les paramètres en rapport avec l'hospitalisation : moyenne calorique hospitalière, nombre de jours de cure, perte de poids/24 H.

- **le deuxième protocole** regroupe les dossiers d'obèses hospitalisés depuis 1972. Depuis cette période les régimes alimentaires restrictifs sont réalisés à un rythme décroissant moins rapide et comparable. Les moyennes caloriques journalières sont relativement plus élevées que les précédantes obtenues par le premier protocole.

6 - **nombre de jours d'hospitalisation** nous avons retranché du total des jours d'hospitalisation les premiers jours (1 à 4 environ) pendant lesquels la perte hydrique est importante : nous n'avons tenu compte que de la perte de poids correspondant principalement à une perte de graisse ainsi que cela ressort des bilans sodés quotidiens. Sur l'ensemble des jours pris en considération les bilans azotés (jugés approximativement sur la différence entre l'azote alimentaire et les pertes uréiques urinaires augmentée d'un facteur constant) sont globalement en équilibre.

Nous n'avons tenu compte que des hospitalisations égales ou supérieures à 24 jours nets (les premiers jours étant enlevés) et éliminé tous les dossiers d'obèses hospitalisés ne répondant pas à ce critère, afin d'homogénéiser au maximum les pertes de poids : en effet il est facile de constater que les pentes de perte de poids se réduisent au fur et à mesure que l'amaigrissement se poursuit.

7 - **pourcentage de poids perdu pendant la cure** calculé par rapport au poids du début de cure moins le poids perdu les premiers jours où la perte hydrique est importante. Habituellement la perte de poids se situe, pour une durée d'hospitalisation de 6 semaines, entre 8 et 12% environ. Ce chiffre est obtenu en divisant la perte de poids pendant la cure par le poids initial (moins le poids perdu les premiers jours).

Cependant les obèses ont été hospitalisés pour des durées variant de 24 jours à 46 jours au sein des deux groupes différents étudiés; et les résultats de pourcentage de poids perdu sont donc non homogènes quant à la durée au sein du même groupe.

8 - **perte de poids en grammes par jour** obtenue en divisant la perte totale de poids par le nombre de jours d'hospitalisation. Pour ce calcul ainsi que pour le précédant, nous avons retranché le poids perdu les premiers jours représentant une perte hydrique importante.

9 - **cellularité du tissu adipeux** est déterminée systématiquement par une biopsie du tissu adipeux prélevé à la face supéro-externe de la fesse. On détermine le volume adipocytaire moyen par histologie et la cellularité moyenne à partir de la masse grasse calculée en fonction de l'espace de diffusion de l'eau triciée . Le nombre normal moyen d'adipocytes est estimé à 1,9 10^{10} et la limite supérieure très imprécise se situe vers 3,2 10^{10} pour les femmes.

10 - **structure psychologique** est déterminée par la même psychologue. Un entretien psychologique et une batterie de tests de personnalité permettent de classer les obèses en 5 groupes (classification de type psychanalytique) :

- normaux
- névrosés
- névrosés du caractère et du comportement
- psychosomatiques
- troubles graves de la personnalité.

. **la structure psychosomatique** est ici comme nous l'avons déjà signalé, entendue au sens de l'école psychanalytique parisienne (M. FAIM P. MARTY, M. de M'UZAN numéro 6) :

- pauvreté de la vie affective et fantasmatique
- pensée banale, conformiste, tournée vers le concret.
- hypernormalité apparente
- prédominance de la sensori-motricité
- les conflits ne sont pas mentalisés.

. **la structure nevrosée** est caractérisée par :

- conflit psychique élaboré sur un mode mental
- conflit entre le surmoi et les pulsions
- existence d'une vie fantasmatique riche et d'une symptomatologie classiquement décrite depuis Freud : symptomes hystériques et obsessionnels
- mécanismes de défense de l'un ou l'autre type relativement préférentiel et organisé.

11 - Nous calculerons également à partir des paramètres précités d'autres paramètres tels que :

. **le trou calorique** : différence entre l'ingéré calorique au moment de l'hospitalisation et la moyenne calorique pendant l'hospitalisation.

. rapports des ingérés caloriques.

$$\frac{\text{ingéré calorique avant l'hospitalisation}}{\text{moyenne calorique pendant l'hospitalisation}}$$

. **pourcentage de poids perdu par jour**, est égal au pourcentage perdu pendant la cure d'amaigrissement à l'hopital divisé par le nombre de jours d'hospitalisation.

12 - **age de début de l'obèsité**

- **enfance** : jusqu'à la puberté ou l'âge de 13 ans environ.

- **adolescence** :
  - jusqu'à 18 ans environ
  - plus tôt en cas de mariage ou de grossesse.

- **adulte** ensuite.

13 - **troubles qualitatifs du comportement alimentaires** : boulimie, grignotage, compulsions, fringales, absence de satiété, night-eating syndrome.

14 - Enfin nous avons tenu compte **d'autres paramètres** qui ne seront pas directement utilisés dans ce travail.

a) - **Circonstances déclenchantes de l'obèsité**
- épisode de la vie génitale : puberté, mariage, grossesse, ménopause
- chocs affectifs
- maladies et interventions chirurgicales
- changements de vie : déménagements, voyages...

Néanmoins parfois, plusieurs circonstances peuvent être liées et considérées **ensemble** comme circonstances déclenchantes de l'obèsité.

b) - **Les motivations** données par le sujet pour justifier son désir de perdre du poids et de se faire hospitaliser **sont peu exploitables dans ce travail.** Elles sont en général :

- **d'ordre somatique :** gène fonctionnelle d'origine cardiovasculaire et rhumatologique; maladie métabolique (diabète, hyperlipidémie).

- **d'ordre esthétique**

- **d'ordre professionnel et social**

- **d'ordre mixte** enfin, à la fois esthétique et somatique.

c) - **Nombre de tentatives thérapeutiques antérieures éventuelles**

Les paramètres choisis et retenus pour cette étude et détaillés dans ce chapitre peuvent être l'objet d'une grande discussion pour chacun d'eux.

En effet :

. Il n'est pas toujours facile d'affirmer **le caractère statique** d'une courbe de poids : stabilité depuis au moins 3 mois; difficile à affirmer dans certains cas par le patient lui-même.

. L'enquête calorique permettant de déterminer l'ingéré calorique moyen avant l'hospitalisation peut-être critiquée mais des contre-enquêtes ont toujours été pratiquées au début et en cours d'hospitalisation.

. Pendant l'hospitalisation certains obèses ont pû dissimuler une partie de leurs apports alimentaires faussant ainsi nos estimations. Bien que rare, ce biais a pû jouer, et nous avons donc proposé dans cette étude l'adjonction d'un coefficient estimant la confiance de l'équipe médicale pour chaque obèse hospitalisé. Nous n'avons pas tenu compte de ce fait des dossiers douteux quant à la fiabilité des apports caloriques, ou à l'adjonction de certains médicaments (diurétiques).

IV - RESULTATS

1 - FREQUENCE DES DIFFERENTES STRUCTURES DE NOTRE ECHANTILLON

Nous avons analysé 64 dossiers complets de femmes hospitalisées pendant une durée minimale de 24 jours. Ces dossiers comprennent l'ensemble des paramètres et critères cités dans le chapitre précédent. Nous avons écarté volontairement les dossiers d'hommes obèses hospitalisés après les avoir analysés; ceux-ci étant trop peu nombreux,

La répartition selon la structure psychologique est exposée dans le tableau numéro 4.

REPARTITION SELON LA STRUCTURE PSYCHOLOGIQUE

64 FEMMES HOSPITALISEES OBESES

STRUCTURE DE LA PERSONNALITE	NOMBRE	FREQUENCE EN %
NEVROSES	20	# 30 %
PSYCHOSOMATIQUES	12	# 20 %
NORMALE	6	# 10 %
TROUBLE GRAVE	3	# 5 %
NEVROSE DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT	17	# 25 %
INCLASSABLE	6	# 10 %
TOTAL	64	100 %

TABLEAU N° 4

Il ressort de ce tableau que le nombre de névrosés est de 20, soit 30 % de l'effectif global, et celui des psychosomatiques de 12, soit 20 % du total des femmes hospitalisées depuis fin 1971.

Cette répartition est différente de la fréquence de chaque structure de la personnalité observée habituellement chez les obèses ; c'est-à-dire, chez l'ensemble des obèses suivis en consultation externe, où la structure psychosomatique prédomine. L'échantillon que nous avons analysé n'est donc pas représentatif de l'ensemble des obèses. Ceci doit être dû à ce que les patients candidats à une hospitalisation de longue durée (4 à 6 semaines environ) sont extrêmement sélectionnés. Les motivations retrouvées chez les obèses hospitalisées sont soit psychologiques, soit somatiques. Parmi les motivations somatiques il y a évidemment les malades adressées en vue d'une intervention chirurgicale (notamment prothèse de hanche).

2 - CORRELATION ENTRE STRUCTURE ET PARAMETRES

Le but de cette étude étant de correler deux structures psychologiques, névrosée et psychosomatique, à certains paramètres; nous écarterons immédiatement les autres structures : normales, troubles graves de la personnalité, névrose du caractère et du comportement.

Nous avons donc comparé pour les paramètres ne tenant pas compte de la moyenne calorique et de la perte pondérale pendant le séjour hospitalier, la **TOTALITE** des psychosomatiques (12) et des névrosés (20) soit l'ensemble des dossiers depuis fin 1971 à fin 1974.

D'autre part, pour les paramètres spécialement étudiés ici, nous n'avons retenu qu'un ensemble plus réduit et parfaitement homogène de 9 psychosomatiques et de 13 névrosées.

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide d'un test de student effectué sur une programma Olivetti P 101.

- moyenne,
- écart à la moyenne,
- test de student.

L'ensemble de ces paramètres est résumé dans les quatre tableaux suivants numéros 5 - 6 - 7 et 8.

Nous avons rassemblé dans les tableaux 5 et 6 la totalité des obèses étudiés traités selon les deux protocoles de restriction progressive alimentaire. Nous avons isolé dans les tableaux 7 et 8 les obèses suivis par le protocole le plus récent

ANALYSE DES 20 DOSSIERS D'OBESES

		AGE DE DEBUT DE L'OBESITE	AGE	TOTAL calorique antérieur Cal/24 H	COURBE	Cellularité 10^{10}
1	GEN	adulte	21 ans	1 700	dynamique	4,2
2	DAS	adulte	27 ans	2 700	stable	3,4
3	MOR	enfance renforcé adol.	41 ans	infais.	dynamique	4,6
4	SAU	adolescence	25 ans	2 100	dynamique	3,4
5	JAE	adulte	37 ans		stable	2,8
6	ISC	adolescence	32 ans	2 826	dynamique	
7	MAR	adulte	43 ans	2 373	dynamique	3,5
8	CAR	adulte	29 ans	1 600	descendante	5,2
9	LEG	enfance renforcé âge adulte	48 ans	2 638	descendante	2,7
10	LAR	enfance	47 ans	2 100	dynamique	3,1
11	LEG	enfance	16 ans	3 030	dynamique	3,7
12	RAB	enfance	40 ans	2 900	dynamique	4,1
13	LAN	enfance renforcé âge adulte	29 ans	2 070	dynamique	3
14	MOT	adolescence	21 ans	1 800	stable	2,8
15	JAO	enfance	26 ans	1 700	dynamique	
16	GAL	adulte	24 ans	3 361	descendante	4,9
17	ZTO	adolescence	26 ans	2 500	dynamique	
18	BEN	enfance	25 ans	1 760	dynamique	
19	AST	adolescence	20 ans	1 375	dynamique	
20	BEH	enfance / adolescence	19 ans	> 1 275	dynamique	
MOYENNE		enfance 9 adolescence 5 adulte 6	29,8 ans	2 200 ± 150	dynamique 14 stable 3 descendante 3	3,67 ± 0,9

HOSPITALISEES DE STRUCTURE NEVROSEE

SURPOIDS %	SURPOIDS maximum %	HOSPITALISATION			
		moyenne calorique / 24 H	nombre de jours	pourcentage de poids perdu	perte poids en grammes par jour
35,4	37	760	37	10,2	213
76	76	1209	56	10,8	180
30	44	1005	39	7,36	146
85	85	1222	42	10,3	254
74	88,8	1247	24	5,8	231
45	45	1083	45	9,8	194
68	68	1085	46	9,6	180
52,4	67	1074	38	8,3	187
39	51	900	40	9,2	181
65,6	96	777	33	8	215
52	52	950	38	11	252
95	98,2	800	46	14,4	343
85	130	1274	35	7,5	200
63,5	63,5	771	34	9,6	234
50	54,7	670	36	11,8	263
42	50	600	49	7,9	121
54,5	61	584	38	15,1	268
58	58	713	38	10,2	236
49	49	374	39	12,7	253
16,4	16,4	360	24	6,6	187
56,8 ± 4,4	64,6 ± 5,7	873	39	9,8	216

TABLEAU 5

ANALYSE DES 12 DOSSIERS D'OBESES

N°	Nom	Age de début de l'obésité	Age	Total calorique antérieur/24h	Courbe	Cellules X 10^{10}
1	LAC	enfance	17 ans	1550	stable	2,6
2	NOT	enfance	19 ans	3627	dynamique	4,4
3	DUP	adolescence	21 ans	1200	stable	/
4	DUC	adulte	49 ans	1530	stable	3,4
5	MEL	enfance	19 ans	2500	descendante	/
6	PRI	enfance	27 ans	1720	descendante	2,3
7	MER	adulte	31 ans	1200	descendante	3,3
8	BAU	adulte	39 ans	1055	descendante	2,6
9	LEB	adolescence	24 ans	1200	descendante	2,2
10	CON	adolescence	18 ans	680	descendante	3 /
11	GAR	enfance renforcé age adulte	46 ans	1900	descendante	5,5
12	THEU	adolescence	19 ans	2200	stable	/
	Moyenne	enfance 5 adolescence 4 adulte 3	27,4 ans	1641 $\pm 2,34$	stable 4 dynamique 1 descendant 7	2,44 $\pm 0,3$

HOSPITALISEES DE STRUCTURE PSYCHOSOMATIQUE

surpoids %	% surpoids maximum	HOSPITALISATION			
		Moyenne caloriq./24 h	Nombre de jours	Pourcentage poids perdu	Perte poids grammes/jour
55	55	845	42	12,5	248
60	60	1514	31	6.56	179
41	41	620	46	10,55	169
37	36	876	40	9	181
96	99	931	45	12,5	300
54	79	1063	38	9	200
67,8	87,6	683	39	12,8	230
37,5	43	670	38	11,2	243
35	50	795	24	5	162
50	64	356	41	12,4	258
150	165	484	45	12,8	453
25	25	356	41	5	220
59 ± 9	67,1 ± 10,8	766	39,16	9,94	245,25

TABLEAU 6

ANALYSE DES 9 DOSSIERS D'OBESES

N°	Nom	age de début de l'obèsité	Age	total calorique antérieur / 24 h	Courbe	cellularité X 10^{10}	surpoids %	% surpoids maximum
1	LAC	enfance	17 ans	1550	stable à son poids maxi	2,6	55	55
2	NOT	enfance	19 ans	3627	dynam. à son p.m.	4,4	60	60
3	DUP	adolescence	21 ans	1200	stable à son p.m.	/	41	41
4	DUC	adulte	49 ans	1530	stable à son p.m	3,4	37	37
5	MEL	enfance	19 ans	2000	descendante	/	96	99
6	PRIM	enfance	27 ans	1720	descendante	2,3	54	79
7	MER	adulte	31 ans	1200	descendante	3,3	68	87,6
8	BRAN	adulte	39 ans	1055	descendante	2,6	37,5	43
9	le BEV	adolescence	24 ans	1200	descendante	2,2	35	50
Moyenne		enfance 4 adolesc. 2 adulte 3	27,3 ans	1657 ±2,87	dynamiq. 1 stable 3 descend. 5	2,9 ±0,9	53,7 ±6,5	61,2 ±7,3

TABLEAU 7

HOSPITALISEES DE STRUCTURE PSYCHOSOMATIQUE

HOSPITALISATION				Trou calorique	rapport calor. antér / calor. hosp.	pourcentage de poids perdu p. jour
moyenne calor./24h	nombre de jours	% poids perdu	poids perdu en g / 24 h			
845	42	12,5	248	705	1,834	0,297
1514	31	6,56	179	2113	2,395	0,211
620	46	10,55	169	580	1,935	0,229
876	40	9	181	654	1,746	0,225
931	45	12,5	300	1569	2,685	0,277
1063	38	9	200	657	1,618	0,236
683	39	12,8	330	517	1,756	0,235
670	38	11,2	243	385	1,574	0,294
795	24	5	162	405	1,509	0,208
888 ± 91	38,1 ± 2,29	9,9 ± 0,91	223 ± 20,1	842 ± 197	1,894 ± 0,130	0,256 ± 0,06

TABLEAU 7

ANALYSE DES 13 DOSSIERS D'OBESES

Nº	Nom	Age de début de l'obèsité	Age	Total calor. antér. / 24 h	Courbe	cellularité 10^{10}	surpoids %	surpoids maxi %
1	GEN	adulte	21 ans	1700	dynamique	4,2	35,4	37
2	DAS	adulte	27 ans	2700	stable	3,4	76	76
3	MOR	enfance renf adol.	41 ans	infaisab.	dynamique	4,6	30	44
4	SAU	adolesc.	25 ans	2100	dynamique	3,4	85	85
5	JAE	adulte	37 ans	infaisab.	stable	2,8	74	88,8
6	ISC	adolescente	32 ans	2826 .	dynamique		45	45
7	MAR	adulte	43 ans	2373	dynamique	3,5	68	68
8	CAR	adulte	29 ans	1600 envir.	descendante	5,2	52,4	67
9	KEG	enfance renforc. adul	48 ans	2638	descendante	2,7	39	51
10	LAR	enfance	47 ans	2100	dynamique	3,1	65,6	96
11	LEU	enfance	16 ans	3030	dynamique	3,7	52	52
12	RAB	enfance	40 ans	2900	dynamique	4,1	95	98,2
13	LAM	enfance renf. adulte	29 ans	2070	dynamique	3	85	130
	Moyenne	adulte 5 adolesc. 2 enfance 6	39,4	2340 ± 163	dynamique 9 stable 2 descend. 2	3,6 ± 0,9	61,7 ± 5,8	72,1 ± 7,4

HOSPITALISEES DE STRUCTURE NEVROTIQUE

N°	HOSPITALISATION				Trou calorique	rapport calor. antér. calor. hosp.	% de poids perdu
	Moyenne calorique/24 h	Nombre jours	% poids perdu	poids perdu en grammes/24 h			
1	760	37	10,2	213	940	2,236	0,275
2	1209	56	10,8	180	1491	0,233	0,192
3	1005	39	7,36	146	/	/	0,188
4	1222	42	10,3	254	878	1,718	0,245
5	1247	24	5,8	231	/	/	0,241
6	1083	45	9,8	194	1743	2,603	0,217
7	1085	46	9,6	180	1288	2,187	0,208
8	1074	38	8,3	187	526	1,488	0,218
9	900	40	9,2	181	1738	2,931	0,230
10	777	33	8	215	1323	2,702	0,242
11	950	38	11	252	2080	3,189	0,289
12	800	46	14,4	343	210	3,625	0,313
13	1274	35	7,7	200	796	1,624	0,24
moyen	1029	39,9	9,4	213	1327	2,412	0,236
écart à moyen	± 50	± 2,12	± 0,59	± 13,73	± 175	± 0,202	± 0,06

TABLEAU 8

3 - COMPARAISON DES DIFFERENTS PARAMETRES

L'ensemble des résultats exprimés ici figure dans les tableaux n° 9 et 10

1 - Age :

Les deux catégories psychologiques étudiées, psychosomatiques et névrosées ont une moyenne d'âge comparable. Cette moyenne est de 27,4 ans pour les psychosomatiques et de 29,8 ans pour les névrosées.

L'âge des obèses étudiées ici varie de 17 à 49 ans.

2 - Niveau calorique antérieur :

a) - **comparaison des 9 psychosomatiques et des 13 névrosées**

L'apport quantitatif des 9 psychosomatiques est de 1650 calories par jour et celui des 13 névrosées de 2350 calories par jour. La différence entre ces deux niveaux est donc de 800 calories et est significative ($p < 0,025$) - L'apport quantitatif alimentaire des névrosées est donc supérieur à celui des psychosomatiques.

b) - **comparaison de l'échantillon plus large des 12 psychosomatiques et des 20 névrosées**

La différence est ici également significative ($p < 0,05$). L'aspect calorique moyen des 12 psychosomatiques étant de 1640 calories et celui des névrosées de 2200 calories par jour.

Cette différence est peut-être en rapport avec les troubles du comportement alimentaire des névrosées.

3 - Durée moyenne de la cure d'amaigrissement hospitalière

Cette durée est comparable pour les deux classes psychologiques étudiées. Les psychosomatiques ont été hospitalisées 38 jours, et les névrosées 40 jours en moyenne. La différence est **non significative** et les durées d'hospitalisation peuvent être considérées comme semblables.

4 - Perte de poids en gramme par jour pendant la cure d'amaigrissement

Etudiée sur l'échantillon homogène des 9 psychosomatiques et des 12 névrosées, cette perte de poids est quasiment identique pour les deux groupes.

Les psychosomatiques perdent en moyenne 223 grammes par jour et les névrosées 213 grammes par jour. La différence est non significative et nous pouvons considérer que les deux groupes ont la même perte de poids quotidienne.

5 - Moyenne calorique pendant l'hospitalisation

L'ingéré calorique moyen pendant la cure d'hospitalisation est de 888 calories pour les 9 psychosomatiques et de 1029 calories pour les 13 névrosées. La différence entre ces deux niveaux est de 141 calories et n'est **pas significative.**

6 - Cellularité

La cellularité des deux groupes est considérée comme **semblable.** Le nombre de cellules adipeuses moyen des ppsychosomatiques est de $3{,}2 \cdot 10^{10}$ et celui des névrosées de $3{,}6 \cdot 10^{10}$, ce qui, compte tenu du pourcentage d'erreur de la méthode est non significatif.

7 - Surpoids au moment de l'Hospitalisation

Le surpoids des deux groupes étudiés est considéré comme **identique.** Les psychosomatiques ont dans l'échantillon homogène un surpoids de 59 % et les névrosées de 56,7 %. Dans l'échantillon plus large le surpoids est également identique puisque de 59,7 % pour les 12 psychosomatiques et de 61,7 % pour les 20 névrosées.

8 - Surpoids maximum

Le surpoids maximum atteint par les psychosomatiques et les névrosées est également **identique.** La différence est considérée comme non significative dans les deux échantillons (homogène et plus large). Le surpoids maximum des psychosomatiques est de 61,2 % et celui des névrosées de 72,1 %.

9 - Pourcentage de poids perdu par jour d'hospitalisation

Le pourcentage de poids perdu par jour d'hospitalisation est **identique** pour l'échantillon homogène des 13 névrosées et des 9 psychosomatiques. Il est de 0,256 pour les psychosomatiques et de 0,236 pour les névrosées.

10 - Différence entre ingéré calorique antérieur et moyenne calorique durant la cure hospitaliere.

Cette différence significative ($p < 0{,}025$) est de 842 calories pour les 9 psychosomatiques et de 1340 pour les 13 névrosées. Le trou calorique est donc plus grand en valeur absolue chez les névrosées pour obtenir une perte de poids identique.

	Ingesta antérieur à l'hospitalisation	moyenne calorique pendant la cure	Trou calorique	réduction des ingestas antérieurs
9 psychosomatiques	1650	888	842	51 %
13 névrosées	2350	1029	1340	44 %

Mais en valeur relative pendant l'hospitalisation la réduction calorique est de 51 % pour les psychosomatiques et de 44 % pour les névroséesde leurs ingestas antérieurs. Les réductions caloriques sond donc comparables.

11 - Rapport entre ingéré calorique antérieur et moyenne calorique durant l'hospitalisation

Ce rapport est de 1,894 pour les 9 psychosomatiques et de 2,412 pour les 13 névrosées. La différence est donc **significative.** ($p < 0,05$).

12 - Age de début de l'obèsité

L'âge de début des deux groupes étudiés figure dans le tableau suivant.

Age de début de l'obèsité	Enfance	Adolescence	Adulte
20 Névrosées	9	5	6
12 psychosomatiques	5	4	3

Le test du X_2 est non significatif. Les deux populations étudiées ont un âge de début de l'obèsité comparable.

13 - Caractère de la courbe de poids au moment de l'hospitalisation :

Dynamique, statique ou descendante.

La courbe de poids au moment de l'hospitalisation a une allure très différente pour les obèses de personnalité psychosomatique et ceux de personnalité névrosée.

a) dans l'échantillon élargi, global comprenant 20 névrosées et 12 psychoso matiques

allure de la courbe de poids au moment de l'hospitalisation	dynamique	statique	descendante
20 névrosées	14	3	3
12 psychosomatiques	1	4	7

D'après ce tableau nous constatons que les névrosées ont des courbes de poids préférentiellement dynamiques et les psychosomatiques statiques et descendantes.

Le test X_2 effectué confirme cette différence d'allure de courbe de poids. La différence est **très significative** : $P < 0,01$

b) dans l'échantillon plus restreint, comprenant 13 névrosées et 9 psychosomatiques :

allure de la courbe de poids	**dynamique**	**statique**	**descendante**
13 névrosées	9	2	2
9 psychosomatiques	1	3	5

La différence entre les allures de la courbe de poids au moment de l'hospitalisation est très significative également ici : (X_2 effectué $P < 0,02$)

Les névrosées ont des courbes dynamiques au moment de l'hospitalisation et les psychosomatiques descendantes.

c) Cette différence étant très significative pour le calcul nous avons comparé uniquement les courbes dynamiques et descendantes de l'échantillon élargi, en écartant les courbes stables.

Le test de X_2 est très significatif $p < 0,001$.

Les obèses de structure **névrotique consultent en phase dynamique**, et à l'inverse les obèses de structure psychologique **psychosomatique consultent en phase statique et surtout descendante.**

14 - Troubles du comportement alimentaire

Nous sommes amenés à nous demander :

- d'une part si **la différence** entre les ingérés caloriques antérieurs entre névrosées et psychosomatiques est dûe à l'existence de troubles du comportement alimentaire. Les névrosées qui ont un apport calorique élevé ont par ailleurs des troubles de comportement alimentaire plus fréquents que les psychosomatiques qui ont un apport calorique plus faible.

- d'autre part, si les troubles éventuels du comportement alimentaire retrouvés sont dûs à :

. **à l'allure de la courbe de poids :** les obèses en phase dynamique pourraient avoir plus de troubles du comportement alimentaire que ceux en phase statique et descendante.

. **à la structure psychologique** : les névrosées quelleque soit l'allure de leur courbe au moment de l'hospitalisation pourraient avoir plus de troubles de comportement alimentaire que les psychosomatiques.

Les troubles du comportement alimentaire sont regroupés dans les deux tableaux suivants n° 9 et n° 10.

TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET LEUR REPARTITION

courbe du poids	N°	Nom	Faim	absence de satiété		grignotage	compul - sions	boulimie	night syndrome	divers	troubles du C.A
DYN	1	NOT		+	+			+			+
STA	2	LAC	+		+			+			+
"	3	DUP								saute des repas	0
"	4	DUC									0
"	5	THE			+	+	+				+
DES	6	MEL				+				fringales	+
"	7	PRI									0
""	8	MER								tr du CA ancien	0
"	9	BAU									0
"	10	Le G								tr CA ancien	0
"	11	CON								tr CA ancien	0
"	12	FAR									0
			1	1	3	2	1	2	0		4

CHEZ LES 12 PSYCHOSOMATIQUES

TABLEAU N° 9

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET LEUR REPARTITION

courbe de poids	N°	Nom	Faim	absence de satiété		grignotage	compul-sion	boulimie	Nighting syndrome	divers	Troubles du C.A
DYN	1	GEN									0
"	2	MOR	+				+	+			+
"	3	SAU									0
"	4	ISC	+					+			+
"	5	MAR			+			+	+		+
"	6	LAR	+					+		préférence p lipides	+
"	7	LEG		+		+	+			apports le soir	+
"	8	RAB			+					apports avec stress	+
"	9	LAN					+				+
"	10	JAO		+	+		+	+			+
"	11	ZTO		+				+			+
"	12	BEN	+	+	+						+
"	13	AST	+				+ SI stress				+
"	14	BEH			+		+				+
STA	15	DAS	+		+						+
"	16	JAE	+			+	+				+
"	17	MOT								saute de repas	+
DES	18	CAR	+		+		+				+
"	19	LEG		+	+		+				+
"	20	GAL	+		+		+				+
			8	5	9	2	10	5	2		17

TABLEAU N° 10

CHEZ LES 20 NEVROSEES

Quelques remarques découlent de l'examen attentif de ces deux tableaux :

. **la répartition des troubles du comportement alimentaire selon la structure psychologique**

	12 psychosomatiques		20 névrosées		P
	Nb	%	Nb	%	
Troubles comportement alimentaire global	4	33 %	17	85 %	Significatif < 0,01
Faim	1	8 %	8	40 %	
absence de satiété	1	8 %	5	25 %	
compulsions	1	8 %	10	50 %	
boulimie & nighting syndrome	2	16 %	7	35 %	

Les névrosées ont beaucoup plus de troubles du comportement alimentaire que les psychosomatiques (test du X_2 significatif $p < 0{,}01$).

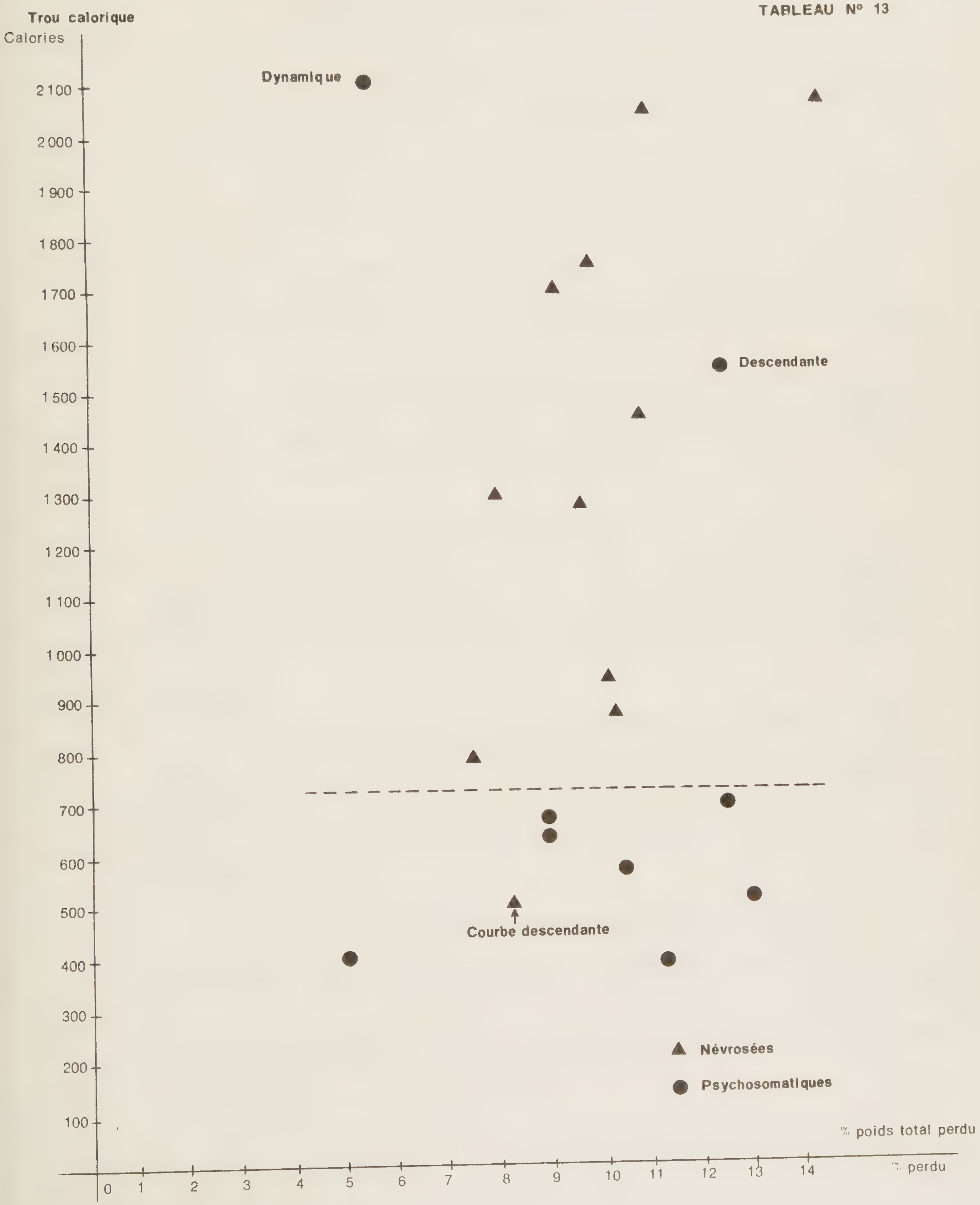
. **la répartition des troubles du comportement alimentaire selon l'allure de la courbe de poids au moment de l'hospitalisation** (statique, dynamique, descendante).

courbe	dynamique 15	stable 2	descendante 10
absence de troubles du C.A.	2	3	6
troubles du C.A	13 → 86 %	4 → 57 %	4 → 40 %
		8 Tr C A/17 obèses → 47 %	

Nous constatons d'après ce tableau que les obèses en phase dynamique, quelle que soit leur structure psychologique, ont plus de troubles du comportement alimentaire que ceux en phase statique et descendante - (test du X_2 significatif : $p < 0{,}02$),

TROU CALORIQUE (différence entre ingesta avant hospitalisation et moyenne calorique pendant l'hospitalisation) et POURCENTAGE DE POIDS PERDU PENDANT LA CURE

TABLEAU N° 13



. **Troubles du comportement alimentaire constatés chez les obèses en phase statique ou descendante en fonction de leur structure psychologique.**

obèses en phase descendante ou statique, de structure :	absence de trouble du comportement alimentaire	troubles du comportement alimentaire
psychosomatiques (11)	8 → 73 %	3 → 27 %
névrosée (6)	1 → 17 %	5 → 83 %

Les obèses de structure névrotique ont plus de troubles du comportement alimentaire bien que leur courbe de poids soit statique ou descendante, que les obèses de structure psychosomatique. (test X_2 significatif $p<0,05$).

Il apparait donc que les troubles du comportement alimentaire sont plus fonction de la structure de la personnalité que de l'allure de la courbe de poids (statique, descendante, dynamique). **Les troubles du comportement alimentaire prédominent chez les névrosées.**

14 - Corrélation entre trou calorique et perte de poids

Le tableau n° 13 montre qu'il n'existe aucune corrélation entre trou calorique et pourcentage de poids perdu; par contre, le trou calorique élevé nécessaire pendant l'hospitalisation des névrosées confirme bien leur niveau calorique antérieur également élevé en rapport dans la majorité des cas avec le caractère dynamique de la courbe de poids.

AU TOTAL

Nous sommes donc amenés au terme de cette étude à considérer que les deux groupes étudiés en fonction de la personnalité psychosomatique et névrosée, ont des moyennes d'âge, des durées d'hospitalisation , des pertes de poids et des moyennes d'ingérés caloriques journalières pendant la cure, des cellularités, des surpoids qu moment de l'hospitalisation, des surpoids maximum et des ages de début de l'obèsité **comparables.**

Nous retrouvons dans l'ensemble des dossiers étudiés 5 paramètres différents :

1 - **la structure psychologique** des deux groupes analysés par définition :- névrosée
- psychosomatique

2 - **la moyenne calorique** réalisée avant l'hospitalisation: l'ingéré calorique des névrosées est supérieur à celui réalisé par les psychosomatiques.

3 - **Le trou calorique :** différence entre les ingestas antérieurs et la moyenne calorique pendant l'hospitalisation. Le trou calorique des névrosées est supérieur à celui des psychosomatiques.

4 - **L'allure de la courbe pondérale** au moment de l'hospitalisation (stable- dynamique ou descendante).
Les névrosées ont des courbes de préférence dynamique et les psychosomatiques des courbes plutôt stables et descendantes.

5 - **Les troubles du comportement alimentaire** qui sont fonction de la structure psychologique et pas de l'allure de la courbe de poids (dynamique, descendante...)
Les troubles du comportement alimentaire prédominent nettement chez les névrosées et doivent être responsables de leur ingéré calorique qui est plus élevé que celui des symptomatiques qui ont peu de troubles du comportement alimentaire.

Les résultats des paramètres étudiés et exprimés dans ce chapitre sont regroupés dans les tableaux suivants (numéros 11 et 12).

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES DES PARAMETRES CONCERNANT LES 12 OBESES DE STRUCTURE PSYCHOSOMATIQUE ET LES 20 OBESES DE STRUCTURE NEVROTIQUE SOIT L'ECHANTILLON GLOBAL

Paramètres étudiés	20 névrosées	12 psychosomatiques	différences
Total calorique antérieur/24 h	2200 cal/24 h	1641 cal/24 h	$p < 0,05$
Allure de Ca courbe de poids	dynamique 14 stable 3 descendante 3	dynamique 4 stable 1 descendante 7	significatif $p < 0,01$
Courbe de cellules adipeuses	$3,67 . 10^{10}$	$2,44 . 10^{10}$	N.S.
Surpoids en pourcentage	56,8 %	59 %	N.S.
Surpoids maximum en pourcentage	64,6 %	67,1 %	N.S.
Hospitalisation Ingéré calorique moyen en calories par 24 h	873 cal/24 h	766 cal/24 h	N.S.
Nombre de jours d'hospitalisation	39 jours	39,16 jours	N.S.
% de poids perdu pendant la cure	9,8 %	9,94 %	N.S.
perte de poids en grammes p. jour	216 g/24 h	245,25 g/24 h	N.S.
Troubles du comportement aliment.	17	4	$p < 0,01$

TABLEAU N° 11

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENNES DES PARAMETRES CONCERNANT LES 9 OBESES DE STRUCTURE PSYCHOSOMATIQUE ET DES 13 OBESES DE STRUCTURE NEVROTIQUE.

Paramètres étudiés	Névrosées 13	Psychosomatiques 9	Différences
Total calorique antérieur/24 h	2340 cal/24 h	1657 cal/24 h	p < 0,025 significatif
Courbe	dynamique 9 stable 2 descendante 2	dynamique 1 stable 3 descendante 5	p < 0,01
Cellules adipeuses	3,6 10^{10}	2,9 10^{10}	N.S.
Surpoids en %	61,7 %	53,7 %	N.S.
surpoids maximum en %	72,1 %	61,2 %	N.S.
Hospitalisation calories/24 h	1029 cal/24 h	888 cal/24 h	N.S.
Nombre de jours hospit.	39,9 jours	38,1 jours	N.S.
% poids perdu pendant la cure	9,4 %	9,9 %	N.S.
perte poids en gr. p jour	213 g/24 h	223 g/24 h	N.S.
Trou calorique Différence entre ingéré calorique antérieur et moyenne calorique pendant la cure	1340 cal	842 cal	P < 0,025
Rapport $\frac{\text{ingéré calor. antér.}}{\text{moyenne durant l'hospitalisation}}$	2,412	1,894	P < 0,05
Pourcentage de poids perdu par jour en %	0,236 %	0,256 %	N.S.

TABLEAU N° 12

VI - DISCUSSION

Le travail présenté ici confirme en grande partie les résultats de l'étude précédente conduite à la clinique médicale de l'Hotel-Dieu par GUY-GRAND, AIMEZ, Le BARZIC, notamment l'ingéré global avant hospitalisation des névrosés est, là encore, retrouvé significativement supérieur à celui des psychosomatiques.

Cependant, notre étude ne nous a pas permis de démontrer une différence de rendement énergétique entre les deux groupes :

- le pourcentage de poids perdu par jour est en effet de 0,256 % pour les 9 psychosomatiques et de 0,236 % pour les 13 névrosées (cette différence n'est pas significative) et la perte de poids par jour peut être considérée comme semblable dans les deux groupes.

- L'ingéré calorique des deux populations pendant l'hospitalisation peut également être considéré comme identique puisque l'ingéré moyen des psychosomatiques est de 888 calories et celui des névrosées de 1029 calories (le test de STUDENT n'est pas significatif).

Cependant pour aller plus loin, nous avons été amenés à calculer un coefficient arbitraire tenant compte de ces deux différences isolément mineures et non significatives, coefficient tenant donc compte à la fois de la perte pondérale en pourcentage par jour et de l'ingéré calorique moyen. L'avantage supplémentaire attaché à ce coefficient arbitraire est lié à la possibilité de redresser une différence là encore mineure dans la durée d'hospitalisation des deux groupes. Ce coefficient a été obtenu en faisant le produit de la perte de poids (en pourcentage de poids perdu par jour) par l'ingéré calorique moyen durant la cure d'amaigrissement :

- psychosomatiques : $0,256 \times 888 = 227,328$
- névrosées : $0,236 \times 1029 = 242,844$

Cette différence minime n'est pas non plus significative.

L'examen attentif de ces résultats montre que pour un amaigrissement identique, avec des régimes comparables comme nous venons de le montrer, nous constatons que le «trou calorique» (différence entre l'apport calorique avant hospitalisation et le niveau calorique pendant la cure) est beaucoup plus grand chez les névrosées que chez les psychosomatiques comme le montre le tableau 13. Cependant rapportés aux apports initiaux ils représentent dans les deux cas une réduction d'environ 47 % (44 % & 51 %).

Nous pouvons donc dire que, dans les deux populations, le poids perdu par jour est identique , réduction calorique comparable. Les rendements énergétiques, si toutefois cette approche permet de les faire intervenir, semblent donc assez proches : Il est possible en effet que la différence de rendement recherchée soit minime et de l'ordre de grandeur de la marge d'erreur des données métaboliques dont nous avons disposées.

- Comme nous l'avons vu, la dynamique de la courbe au moment de l'hospitalisation est nettement différente dans les deux groupes : les névrosées sont hospitalisées en phase dynamique et les psychosomatiques en phase statique et surtout descendante. Puisqu'il est bien connu (1) qu'une réduction des apports entraine une adaptation métabolique dont les résultats sont de s'opposer à la perte de poids par diminution des dépenses énergétiques - (et/ ou des rendements) - on était donc en droit d'attendre un amaigrissement supérieur chez des sujets dynamiques que chez des sujets statiques déjà soumis à une restriction. Nous constatons qu'il n'en est rien. Ceci renforce la conclusion précédente, car le biais qu'aurait pû apporter des courbes évolutives différentes dans nos deux catégories psychologiques ne pouvait que conduire à accroître ces différences de rendements si elles avaient existé.

Dans un autre domaine, les différence que nous constaterons entre névrosées et psychosomatiques quand au moment où ils consultent, ne manque pas d'intriguer. Pourquoi cette différence ? Pourquoi les névrosées consulteraient-ils à un moment différent de leur histoire pondérale, comparées aux psychosomatiques ?

Ainsi, à l'issue d'un travail où notre hypothèse de départ reposait sur des différences de rendement énergétique de deux groupes d'obèses différenciés par leur structure psychologique, nous sommes amenés à constater et à interpréter une différence de la dynamique de leur courbe, ce qui renvoie cette fois au psychologique : une fois de plus, le biologique se trouve mis à la remorque du psychologique; en effet, nous pourrions avancer comme interprétation, qu'au moment de la consultation ou de l'hospitalisation, le névrosé viendrait consulter d'abord et avant tout pour un trouble de comportement alimentaire responsable d'une prise de poids; tandis que le psychosomatique n'aurait, au même moment, que son corps à offrir à l'investigation médicale. La grande prévalence des troubles du comportement alimentaire permet de soutenir cette hypothèse.

Cependant, en reprenant l'histoire du poids des sujets psychosomatiques, on retrouve, comme pour les névrosés, des phases dynamiques où ces sujets présentaient des troubles du comportement alimentaire et où ils ne sont pas venus consulter : ceci confirme bien l'existence d'une différence dans la « traversée des différentes phases d'obèsité » entre les sujets de structure névrotique et les sujets de structure psychosomatique.

La signification de ce moment précis où se formule une demande est donc importante dans la mesure où elle permet de différencier une structure névrotique d'une structure psychosomatique et justifie, nous en sommes convaincus aujourd'hui, une approche thérapeutique différente.

Il faut cependant considérer avec un certain humour le fait que «cette demande» ne soit une demande d'aide psychologique pour aucun des deux groupes. Si le névrosé s'étonne de son trouble du comportement alimentaire, le psychosomatique recherche une explication organique à l'existence de son gros corps eu égard à un apport calorique normal ou peu élevé. Dans les deux cas, le trouble du comportement alimentaire ou le gros corps pourraient être utilisés dans un système défensif.

Des études ultérieures permettront de dire si, chez les névrosés, le trouble du comportement alimentaire et la régulation pondérale sont dissociés puisque les troubles qualitatifs persistent alors même que la prise de poids s'arrête, tandis qu'au contraire chez les psychosomatiques les modifications du comportement alimentaire que l'on constate en phase dynamique et qui disparaissent en phase statique ne sont pas les conséquences physiologiques d'un déplacement du Set-point.

CONCLUSION

Nous avons tenté d'établir chez des obèses hospitalisées pour cure d'amaigrissement, une corrélation entre structure psychologique, ingéré calorique et perte de poids.

Une étude publiée en 1974 par le Pr GUY-GRAND, Dr AIMEZ et M. LE BARZIC corrèle structure psychologique, ingéré calorique et hérédité. Cette étude réalisée en 1970-1971 comparait 51 femmes obèses et 49 femmes témoins volontaires choisies dans un grand magasin. Ce travail démontrait qu'il existait proportionnellement moins de névrosées et plus de psychosomatiques chez les obèses (selon la définition de l'école psychosomatique de Paris) que chez les témoins. L'ingéré calorique des psychosomatiques était plus bas que celui des névrosées. Enfin l'hérédité était plus élevée pour les psychosomatiques que pour les névrosées.

Cependant il manquait à cette étude une approche évolutive : le caractère statique, dynamique ou descendant de la courbe de poids n'était pas précisé.

C'est pourquoi nous avons voulu tester ces résultats chez des obèses hospitalisées en comparant l'ingéré calorique antérieur et la moyenne calorique pendant l'hospitalisation. En effet, si la différence entre psychosomatiques et névrosées est importante, elle doit retentir sur la moyenne pendant l'hospitalisation.

Pour ce faire, nous avons établi, à partir des dossiers d'obèses hospitalisés, des fiches individuelles comportant un certain nombre de paramètres : âge des obèses, importance du surpoids actuel, importance du surpoids maximum, dynamique de la courbe du poids au moment de l'hospitalisation, hérédité, niveau calorique antérieur, moyenne calorique pendant l'hospitalisation, nombre de jours d'hospitalisation, pourcentage de poids perdu pendant la cure, cellularité du tissu adipeux, structure psychologique, et calculé d'autres paramètres dérivant des premiers, tels que le trou calorique (différence entre l'ingéré antérieur et la moyenne calorique pendant l'hospitalisation), le pourcentage de poids perdu par jour.

Nous avons étudié 64 dossiers de femmes ayant été hospitalisées 24 jours au minimum. Ces obèses se répartissent ainsi : 20 névrosées, 12 personnalités psychosomatiques, 6 personnalités normales, 3 troubles graves, 17 névrosées du caractère et du comportement, et 6 personnalités inclassables.

Nous avons comparé les paramètres où n'entrent pas le niveau calorique moyen et la perte pondérale pendant l'hospitalisation de 12 psychosomatiques et de 20 névrosées

(dossiers de fin 1971 à fin 1974). Et pour l'ensemble des paramètres, nous avons analysé un échantillon plus restreint et plus homogène comportant 9 psychosomatiques et 12 névrosées.

- **L'âge moyen** des deux classes psychologiques est identique : 27,5 ans pour les psychosomatiques et 29 ans pour les névrosées. Les écarts vont de 17 à 49 ans.

- **Le niveau calorique antérieur** à l'hospitalisation est nettement plus élevé chez les névrosées (2 350 calories) que chez les psychosomatiques (1 650), ce qui confirme le travail précédent.

- **La durée moyenne** d'hospitalisation est identique pour les deux groupes (38 à 40 jours).

- **La perte de poids** en grammes par jour ou en pourcentage par jour est identique pour les deux groupes pour des moyennes caloriques égales pendant l'hospitalisation et un « Trou calorique » comparable en valeur relative.

- **Les troubles du comportement alimentaire** sont beaucoup plus fréquents chez les névrosées même lorsque leur poids est stable ou décroissant.

- **Le nombre de cellules adipeuses** est comparable ainsi que le surpoids actuel et le surpoids maximum pour les psychosomatiques et les névrosées.

Nous échouons à démontrer par ce travail que les rendements énergétiques sont différents, mais il est possible que la précision des documents utilisés dans ce travail ait été insuffisante pour déceler des différences mineures non sans importance cependant à long terme.

Les névrosées présentent dans l'ensemble au moment de l'hospitalisation, **une courbe de poids** dynamique et des troubles du comportement alimentaire et les psychosomatiques une courbe de poids descendante et peu de troubles.

Dès lors le contexte psychobiologique dans lequel se manifeste la demande d'amaigrissement des deux groupes de structure n'est pas analogue. Ces demandes interviennent dans un contexte psychobiologique non comparable et semblent donc différentes. Celle des névrosées semble impliquer davantage le trouble du comportement alimentaire qui survit à la phase dynamique; celle des psychosomatiques semble concerner avant tout le corps.

Des demandes d'amaigrissement aussi variables dans leur moment, leur signification et leur contexte, devraient conduire à des attitudes thérapeutiques diversifiées.

BIBLIOGRAPHIE

1 - APFELBAUM - EPC -

2 - AIMEZ P - GUY-GRAND B. - LE BARZIC M - BOUR H.
Contrôle du comportement alimentaire - rôle de l'environnement dans l'obèsité humaine - Revue du PRAT - 1972 - 22.6.

3 - AIMEZ P. - GUY-GRAND B-
Aspects psychologiques des régimes restrictifs - La presse médicale 22.05.1971-79,n° 25

4 - GUY-GRAND B. , AIMEZ P. , LE BARZIC M.
Comportement de l'obèse - problèmes actuels d'endocrinologie.

5 - GUY-GRAND B. , AIMEZ P. , LE BARZIC M.
Congrès de Lauzanne - 1974

6 - M. FAIM - P. MARTY - M. de M'UZAN -
L'investigation psychosomatique - 1972.

7 - Hilde BRUCH
Psychiatrie aspects of obesity children
Ame - J psych. - 1943 - P 731 - 757 -

8 - Hilde BRUCH
Hunger and instinct
Journal of nervous and mental disease - 1969 - P 91 à 114.

9 - HARRISON - Obesity
Tome I - Ch 48 - 265 - 270

10 - Jimmie HOLLAND M.D. - Joseph MASLING - Ph D and Donald COPLEY -
Mental illness in lower class normal, obese and hyperobese women
Psychosomatic medecine. Volume XXXII N° 4 Huillet-Aout 1970

LAPLANCHE et PONTALIS
Vocabulaire de la psychanalyse - Presse Universitaire de France,

11 - P. MARTY et M. de M'UZAN
La pensée opératoire
Revue française de psychanalyse tome XXVII 1963 p. 345 à 356

12 - E. NISBETT
Hunger, obesity and the ventromedial hypothalamus.
Psych. review 1972 - 79 - 6 - 433 - 453 -

13 - ROLAND H. - ATKINSON MD and EUGENE L. RINGUETTE Ph. D.
A survey of biographical and psychological features in extraordinary fatness.
Psychosomatic medecine 1966 - Page 121 à 132.

14 - S. SCHACHTER
Obesity and eating science
1968 - 161 - 751 à 756.

15 - D. SCHALLER

Etude du pronostic pondéral à court et moyen terme de l'obèsité sur 206 sujets suivis de 1 à 2 ans 1/2 - Thèse 1975.

16 - Y. S ITT

Etude de l'alliesthésie au sucre chez le sujet normo pondéral et chez l'obèse : nouveaux arguments en faveur de la théorie du pondérostat
Thèse Paris 1973.

17 - STEPHEN - AKARD - HERBET PARDES -

Psychological differenciation
(fiels dependance) In obese women.
Psychosomatic medecine - Volume XXVII n° 3 - 1965 page 238 - 244

18 - A.J. ST UNCKARD

Obesity and the denial of hunger
Psychosomatic medecine 33 - 123 - 134 - 1971

19 - A.J. STUNCKARD and MENDELSON

Obesity and the body image I - Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons - AMER J.
Psychiat - 123 - 1291 (1967),

20 - STUNCKARD AJ and BURT. U.

Obesity and the body image II
Age at onset of disturbances in the body image
AMER J. Psychiat. 123 - 1443 (1967)